CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ADÉNITES PARA-INGUINALES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ADENITES PARA-INGUINALES

N° 10
19

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 décembre 1907

PAR

Albert MARTEL

Né à Céreste (Basses-Alpes), le 19 janvier 1882

LIBRARY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... Doyen.
SARDA ..... Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologique	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	ROSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	N...
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. JEANBRAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A. MARTEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A. MARTEL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
JEANBRAU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

A. MARTEL.

INTRODUCTION

Les adénites de siège anormal étaient considérées jadis comme dues à des ganglions erratiques que seul le hasard aurait placés loin des groupes connus.

Il y a cependant dans la situation de ces adénites quelque chose de frappant, c'est leur localisation fréquente au voisinage des régions ganglionnaires.

A ce point de vue, la région inguinale, ce carrefour lymphatique si important, présente un intérêt tout particulier, tant par le nombre de ses ganglions aberrants que par la variété de leur distribution.

*Nous nous bornerons donc à l'étude des adénites situées autour de cette région : adénites extra et supra-sus et préinguinale, adénites prépubiennes et péniennnes que nous engloberons sous le nom collectif d'*adénites para-inguinales.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Forgue qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Tous nos remerciements à M. le docteur Massabuau, chef de clinique à l'hôpital Suburbain, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, qui

nous a inspiré et facilité ce travail; nous n'oublierons jamais la bienveillance avec laquelle il nous a toujours reçu.

Enfin, que tous nos Maîtres de Marseille et de Montpellier reçoivent ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont porté au cours de nos études.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ADÉNITES PARA-INGUINALES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire des adénites para-inguinales n'est pas très longue. Sans doute de tout temps les auteurs ont signalé des ganglions erratiques dans cette région, mais bien peu en ont présenté une étude d'ensemble.

Ces ganglions en effet paraissaient n'avoir d'intéressant que leur anomalie.

Mais depuis, grâce aux injections par les masses de Gerota, on a pu observer de petits nodules ganglionnaires que les injections au mercure ne révélaient pas.

Ces petits nodules ont été bien étudiés par les auteurs allemands et notamment par Stahr et Gerota qui les ont décrits comme des formations ganglionnaires normales.

Déjà les anciens auteurs avaient signalé de petits ganglions distincts des groupes ganglionnaires de la région crurale.

Cependant Sappey, qui a si bien étudié les lymphatiques, ne les mentionne pas.

Estevenet et Blaise qui les ont cherchés affirment les avoir rarement rencontrés.

Mais Paulet, Sarrazin, Marcy, Auspetz, Lejars, les signalent ; Morestin, Dainville, Bazy, apportent des observations.

Cuméo et Marcille décrivent devant la symphyse et à l'entrée du canal inguinal de petits ganglions qui à l'heure actuelle sont admis par tous les auteurs.

Enfin Salva Mercadé publie une série de six observations d'adénites sus et pré-inguinales et son article de la Gazette des Hôpitaux est le travail le plus complet que nous ayons consulté.

A tous ces faits nous ajouterons une nouvelle observation prise dans le service de M. le professeur Forgue et due à l'obligeance de M. le docteur Massabuau.

CHAPITRE II

ANATOMIE.

Nous avons cru utile pour faciliter notre travail de placer ici une petite étude des ganglions de l'aine et des voies lymphatiques y aboutissant.

Ganglions du pli de l'aine. — On les distingue en superficiels et profonds ; ils sont décrits dans tous les traités classiques, aussi n'insisterons-nous pas sur leur situation, leur nombre, leur disposition : nous ne retiendrons que la classification des superficiels en 5 groupes : groupe supéro-interne, groupe supéro-externe, groupe inféro-interne, groupe inféro-externe, groupe central.

Ces ganglions résument la circulation lymphatique du membre inférieur, des organes génitaux externes, du périnée, de l'anus, de la peau de la portion sous-ombilicale de la paroi abdominale.

Lymphatiques du membre inférieur. — Ils aboutissent tous aux ganglions du pli de l'aine, sauf ceux de la face

postérieure de la cuisse, qui vont aux ganglions pelviens et qui n'ont aucun intérêt pour nous.

Lymphatiques de la verge. — *Lymphatiques cutanés.* — Ceux du prépuce ont la même distribution que ceux du fourreau, sauf quelques rameaux qui se continuent avec le réseau lymphatique du gland. Les lymphatiques du fourreau se réunissent en plusieurs collecteurs qui cheminent sur la face dorsale de la verge, jusqu'à la racine, échangent des anastomoses entre eux, et, faisant un coude brusque, se dirigent vers les ganglions inguinaux superficiels.

Lymphatiques du gland. — Ils naissent d'un réseau très serré dont les collecteurs se portent en arrière vers le frein, contournent la couronne du gland et arrivent sur la face dorsale où ils s'unissent à leurs homologues du côté opposé. Les troncs qui résultent de cette union suivent la veine dorsale de la verge, arrivent au ligament suspenseur où ils échangent quelques anastomoses formant une espèce de plexus signalé par Kuttner et Bruhns. Pour Marcille il n'y aurait pas de plexus, mais simplement un carrefour lympathique. A ce niveau on trouve quelques petits nodules ganglionnaires ayant la valeur de ganglions viscéraux ; ce sont les ganglions présymphysiens.

De ce carrefour partent plusieurs collecteurs empruntant deux voies différentes : les uns appliqués sur l'aponévrose de revêtement du pectiné vont aux ganglions profonds de l'aine ; les autres, au nombre de deux, s'engagent dans le canal inguinal, cheminent sur la paroi inférieure de ce canal, sous le cordon, pour aboutir aux ganglions iliaques externes. Souvent ils présentent sur leur trajet, à l'entrée du canal inguinal, un petit nodule ganglionnaire.

En outre, Bruhns décrit des vaisseaux allant aux ganglions inguinaux superficiels. Mais Cunéo et Marcille attribuent ce fait aux anastomoses existant entre le gland et le prépuce, ce qui permettrait à la masse d'injection de passer du premier réseau dans le second et d'aboutir par suite aux ganglions superficiels.

Enfin, Kuttner signale un tronc sus-pubien, qui s'engagerait entre les grands droits pour aller aux ganglions iliaques et hypogastriques.

Lymphatiques de l'urètre. — Ceux de la portion balanique traversent la paroi inférieure de l'urètre, vont s'unir aux troncs lymphatiques émanés du gland dont ils partagent le trajet et les terminaisons.

Ceux du reste de la portion pénienne de l'urètre émergent à la face inférieure de la verge, contournent les corps caverneux et vont s'unir aux troncs de la portion balanique, pour aller comme ceux du gland aux ganglions profonds de l'aine et aux ganglions iliaques externes.

Lymphatiques des organes érectiles. — Ils se confondent vraisemblablement avec ceux de l'urètre pénien.

Lymphatique de la vulve. — Ils naissent d'un réseau qui recouvre la fourchette, le méat urinaire, le vestibule, le capuchon clitoridien, les petites lèvres, les grandes lèvres, et dont les troncs collecteurs vont aux ganglions inguinaux superficiels ; la plupart aboutissent au groupe supéro-interne après avoir décrit une courbe au niveau du mont de Vénus. Certains de ces collecteurs peuvent, en traversant la ligne médiane, aller aboutir à la région inguinale du côté opposé.

Lymphatique du clitoris. — La distribution est analogue à celle de la verge. Les lymphatiques du capuchon, comme ceux du prépuce et du fourreau, vont aux ganglions superficiels de l'aine.

Ceux du gland, ici comme pour la verge, vont aux ganglions crureaux profonds et aux ganglions iliaques externes par les voies crurale et inguinale. Les nodules ganglionnaires sont les mêmes que chez l'homme.

Lymphatiques de l'utérus. — Nous ne signalerons ici qu'un seul tronc lymphatique, difficile à injecter d'ailleurs, naissant au niveau de la corne utérine suivant le ligament rond et venant aboutir aux ganglions de l'aine par la voie du canal inguinal.

Lymphatiques du scrotum. — Ils vont aux ganglions de l'aine, au groupe supéro-interne surtout. Ils décrivent comme tous les troncs lymphatiques des organes génitaux une courbe à concavité inférieure.

Lymphatiques du testicule et de l'épididyme. — Ils montent à travers les éléments du cordon vers la région lombaire et ne paraissent avoir aucune relation avec les groupes de l'aine.

A signaler toutefois un vaisseau que Zeissel et Horowitz ont obtenu en piquant la face interne du testicule ; ce vaisseau, d'abord satellite du canal, l'abandonnerait ensuite pour aller se jeter dans un des ganglions iliaques externes, et aurait dans une bonne partie de son parcours un trajet extra-funiculaire.

Lymphatiques du périnée et de l'anus. — Ils vont aux ganglions de l'aine, les premiers aux groupes supérieurs, les seconds aux groupes supéro et inféro-internes.

Lymphatiques de la portion sous-ombilicale de la paroi abdominale. — Nous ne nous occuperons que des lymphatiques cutanés qui vont aux groupes supérieurs des ganglions de l'aine, les lymphatiques profonds ayant un trajet intra-abdominal.

Lymphatiques de la fesse. — Ils présentent deux groupes de collecteurs : Les collecteurs externes, les plus importants, naissent des deux tiers externes de la fesse, contournent le grand trochanter et viennent se terminer dans le groupe supéro-externe des ganglions inguinaux superficiels.

Les collecteurs internes naissent du tiers interne ; ils vont s'unir aux vaisseaux des téguments de la région anale, contournent la face interne de la cuisse et vont se jeter dans les groupes internes des ganglions inguinaux superficiels.

En résumé, nous trouvons, tout autour de la région inguinale, un certain nombre de petits nodules ganglionnaires que les anciens auteurs ne signalaient pas et qui actuellement sont reconnus comme constants. Ce sont :

1° Les petits ganglions présymphysiens ;

2° Les ganglions situés à l'entrée du canal inguinal sur le trajet des lymphatiques péniens à voie inguinale.

A ces groupes anatomiques nous pouvons en ajouter d'autres situés au-dessus de l'arcade crurale dans le fascia superficialis, tout autour de l'orifice externe du canal inguinal, que les anciens auteurs avaient déjà signalés.

Estevenet, à propos de ces ganglions, rapporte qu'il n'en a rencontré qu'une fois au-dessus de l'arcade crurale, sur environ 60 cas de dissection de cette région. « Je considère donc comme impropre, dit-il, la distinction de ces organes en sus et sous-inguinaux. »

Sarrazin, faisant l'étude de la région inguinale, dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, mentionne « deux ou trois petits ganglions situés au-dessus de l'arcade crurale et recevant quelques-uns des vaisseaux lymphatiques de la verge et du pénis. »

Blaise, parlant de ces ganglions, dit : « Un certain nombre de troncs lymphatiques, ramenant la lymphe des téguments de la verge, des grandes lèvres et de la région pubienne, croisent le cordon pour se jeter dans les ganglions inguinaux externes.

» Tous ces ganglions sont au-dessous de l'arcade, mais d'après quelques auteurs, Marcy, Sarrazin, entre autres, il existerait au-dessus de l'arcade deux ou trois petits ganglions recevant quelques-uns des vaisseaux lymphatiques du pénis. Estevenet admet que le fait se présente une fois sur 60 sujets ; sur une cinquantaine de régions inguinales que j'ai disséquées, je n'ai jamais trouvé ces ganglions ; il est juste de dire que je n'injectais pas les lymphatiques. »

D'après Paulet, il existe au-dessus du ligament de Fallope deux ou trois ganglions superficiels qui reçoivent une partie de leurs vaisseaux afférents du fourreau de la verge. Sappey, Cuméo et Marcille ne signalent pas ces ganglions, mais Lejars prétend les avoir rencontrés sur le cadavre ; Sobotta et Desjardins, G. Mac Clellan les mentionnent dans leurs traités d'anatomie.

La clinique nous fera découvrir d'autres ganglions encore, sur l'existence desquels cependant nous ne pourrons apporter aucune confirmation anatomique.

Ce sont :

1° Un petit ganglion situé sur la verge à un centimètre environ de sa racine.

2° Des ganglions situés sur la face externe du tenseur

du fascia lata en dehors du couturier, à quelques centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Que sont ces ganglions?

La plupart ne peuvent plus être considérés comme anormaux puisqu'on les retrouve presque toujours en anatomie.

L'examen microcospique d'ailleurs montre qu'ils ne diffèrent en rien par leur structure des autres ganglions.

A l'injection mercurielle ils passent inaperçus, mais l'injection au bleu de Prusse les met facilement en évidence.

Pour tous ces motifs, et en raison de leur siège, nous croyons devoir les classer parmi les ganglions interrupteurs décrits par Stahr. Suivant cet auteur, en effet, les vaisseaux lymphatiques d'une région donnée franchissent trois étapes ganglionnaires distinctes, échelonnées sur leur parcours. Ce sont d'abord de petits nodules ganglionnaires interrupteurs (Schaltdrüsen) dont la présence est inconstante, le nombre variable et qui se laissent franchir par les injections ; puis viennent les ganglions régionnaires plus volumineux et constants ; enfin ce sont les ganglions intermédiaires ayant comme type le ganglion épitrochléen.

Cunéo, lui, se borne à distinguer un premier et un deuxième relai ganglionnaire.

Enfin, quelle que soit la dénomination choisie, l'existence de ces nodules ganglionnaires n'en est pas moins intéressante à signaler, car, tout en ayant la petitesse et l'inconstance de toutes les formations rudimentaires, ils sont au point de vue pathologique autant d'étapes d'arrêt temporaire dans l'envahissement des infections et des cancers.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Il y a pour les ganglions para-inguinaux comme pour ceux de l'aine proprement dits de multiples sources d'infection. Autant d'adénites possibles que d'affections des territoires lymphatiques tributaires.

On connaît les nombreuses voies lymphatiques aboutissant à l'aine ; quant aux affections elles sont des plus variées.

Nous serions conduits trop loin si nous voulions examiner toutes les causes d'infection pour chacune des régions anatomiques environnantes.

Nous nous contenterons donc d'étudier les plus importantes, celles que nos observations nous font croire comme étant les plus fréquentes.

Pour faciliter cette étude nous diviserons les adénites para-inguinales en extra et sus-inguinales.

Les premières comprennent les adénites situés sur le tenseur du fascia lata, signalées par Morestin, Lejars, Auspetz ; elles sont dues à des ganglions qui paraissent siéger sur le trajet des lymphatiques venant des deux tiers

externes de la fesse. Toutes les érosions et affections cutanées de cette région seront donc susceptibles d'infecter ces ganglions. Toutefois pour les faits que nous connaissons il paraissait être question de tuberculose et d'une tuberculose d'emblée.

Quant aux adénites sus-inguinales, leur siège anatomique semble devoir les rattacher à des lésions des organes génitaux externes, du périnée et de l'anus, du scrotum, de la peau de la région sous-ombilicale de l'abdomen. Ici, nous avons de nombreuses observations confirmant cette origine ; dans la plupart des cas, en effet, ces adénites étaient consécutives à des lésions banales des organes génitaux externes.

Nous avons bien un exemple de ganglion pénien consécutif à un cancer de la verge, mais nous n'en avons aucun qui sont imputable à la syphilis ; nous sommes cependant en droit de supposer que ces affections peuvent atteindre les ganglions sus-inguinaux.

De même, il n'est pas impossible que des lésions de l'anus, du périnée, du scrotum, de la peau de la paroi abdominale ne se propagent à ces ganglions sus-inguinaux.

Toutes ces causes locales ayant été passées en revue, il nous reste à examiner les maladies générales et parmi celles-ci la tuberculose. En effet, pour quelques-unes des observations que nous rapportons, la nature tuberculeuse a été reconnue tant pas la clinique que par l'examen microscopique.

Dans notre observation personnelle le point de départ de la lésion ganglionnaire semble être une localisation tuberculeuse dans le fascia sous-péritonéal, une véritable *cellulite tuberculeuse primitive* à la suite de laquelle les ganglions sus-inguinaux auraient subi par propagation un processus d'infection de même nature.

Ce fait est intéressant parce qu'il montre la possibilité de communication lymphatique entre les réseaux sous-cutané et sous-péritonéal de la paroi abdominale.

Nous avons bien noté l'existence d'un tronc lymphatique allant de la corne utérine aux ganglions inguinaux, par la voie inguinale, mais nous n'oserions affirmer que ce soit là la voie suivie par les microbes.

A défaut de lésions tuberculeuses locales dans le voisinage, ou même de tuberculose pulmonaire, il faudra songer à une tuberculose primitive due à la pénétration par la peau ou les muqueuses de bacilles allant par la voie lymphatique s'emboliser dans un ganglion et y faire une adénite tuberculeuse.

Enfin, on devra toujours penser à la possibilité d'infections à distance ou même à voie rétrograde.

Ces adénites étant en rapport avec les affections des organes génitaux et la tuberculose, c'est chez les enfants et les adultes qu'on les observera de préférence.

Quant à la rareté de ces adénites, nous en trouverons l'explication surtout dans l'inconstance des ganglions para-inguinaux ; nous nous permettrons, en outre, de rappeler que ces ganglions se laissent franchir par certaines injections et nous émettrons l'hypothèse qu'il peut en être de même pour la plupart des infections.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Ces adénites ectopiques sont intéressantes à connaître à cause des erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu.

Il est des cas cependant où, malgré la position, le diagnostic d'adénite devra s'imposer, par exemple lorsqu'on sera en présence d'une petite masse dure, nettement arrondie, plus ou moins mobile et douloureuse, présentant en un mot les caractères d'un ganglion ordinaire augmenté de volume. La confusion sera certes encore possible avec un petit kyste, une exostose ou une tumeur de toute autre nature, mais malgré tout on pensera à une adénite, surtout si l'on découvre une lésion de voisinage susceptible d'expliquer l'infection lymphatique. D'où la nécessité de faire un examen complet et attentif des régions voisines et des organes génitaux en particulier toutes les fois qu'on sera en présence d'un de ces ganglions.

Mais c'est surtout dans les cas d'adénite suppurée qu'on rencontrera des difficultés pour faire un diagnostic. La

nature de la collection sera en général assez facile à reconnaître si l'on tient compte de son évolution et de ses caractères cliniques. Il en sera tout autrement pour établir l'origine ganglionnaire, surtout si le malade ne peut pas préciser les débuts de son affection.

Rien en effet ici qui ressemble à un ganglion ; à l'examen, on constate dans le tissu cellulaire sous-cutané une tuméfaction de volume variable, fluctuante par points ou même dans sa totalité, douloureuse à la pression, plus ou moins rouge et chaude, présentant en un mot tous les caractères d'un abcès, mais n'offrant aucun signe particulier susceptible de faire croire à une adénite.

Notre cas personnel est un exemple frappant de cette difficulté du diagnostic des adénites ectopiques.

La tuméfaction en partie ramollie siégeait chez notre malade immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope et tout à fait au contact du pédicule d'une hernie inguinale, qui était devenue douloureuse dès le début des accidents.

Dans ce cas particulier, on ne pouvait véritablement penser qu'il s'agissait d'une adénite.

L'existence concomitante d'une légère tuméfaction, perçue au toucher vaginal dans le cul-de-sac latéral droit, permettait de penser qu'il s'agissait peut-être là d'une pelvi-péritonite tuberculeuse dont les lésions auraient évolué en suivant le tissu cellulaire rétro-péritonéal pour venir faire saillie sous la paroi abdominale.

D'autre part, la présence d'une hernie extrêmement douloureuse au toucher et même irréductible au début des accidents pouvait faire penser qu'il s'agissait simplement d'un processus inflammatoire se passant dans le sac herniaire même, d'une péritonite herniaire, ou même d'une appendicite herniaire.

Quelquefois cependant, après avoir fait toutes les hypothèses et éliminé les autres affections, on pourra arriver au diagnostic d'adénite, mais plus souvent encore on devra attendre les résultats de l'examen microscopique.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelquefois l'examen macroscopique pourra donner des indications sur l'organe et les lésions ; plus souvent encore il faudra recourir au microscope qui permettra toujours de reconnaître le tissu ganglionnaire avec toutes les modifications qu'il aura subies au cours de son évolution morbide.

Nous ne ferons pas, à propos des ganglions para-inguinaux, l'étude anatomo-pathologique de toutes les adénites, nous ne dirons que quelques mots de celles qui nous intéressent.

Dans les cas d'infection ganglionnaire banale, on observera d'abord de la congestion avec apparition des leucocytes polynucléaires, ensuite une destruction lymphoïde suivie de ramollissement et de suppuration.

Quant à la tuberculose ganglionnaire, elle est des plus intéressantes à étudier à cause de la variété des lésions. En effet, nous observerons tantôt de gros ganglions indurés et tantôt des ganglions suppurés avec tous les intermédiaires possibles, depuis les petites granulations

tuberculeuses et les ramollissements, jusqu'à la caséification totale de l'organe.

Dans la plupart des cas, on verra des cellules géantes ainsi que du tissu scléreux en plus ou moins grande quantité selon que la réaction de défense aura été forte ou faible.

On pourra en outre, par la coloration des coupes, constater la présence des bacilles de Koch.

Enfin, l'inoculation au cobaye d'une parcelle de ganglion permettra de confirmer la nature tuberculeuse. Quant aux lésions néoplasiques des ganglions, c'est la présence des cellules cancéreuses et leur disposition qui permettra d'en reconnaître la nature.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il suffira bien souvent de traiter la cause pour que tout rentre dans l'ordre.

Quelquefois cependant l'extirpation d'un ganglion simplement engorgé s'imposera à cause des douleurs de voisinage.

Pour les adénites suppurées, chancrelleuses et inflammatoires, l'incision et le drainage, en évacuant le pus, calmeront les douleurs et assureront la guérison. Quant aux adénites tuberculeuses, outre le traitement général on pourra, dans les cas de suppuration, les traiter par :

1° Ponction et injection d'éther iodoformé au 1/10;

2° Incision et curage de la cavité à la curette de Volkmann.

Enfin, si on a affaire à un cancer des organes génitaux externes par exemple, il sera important de chercher à enlever tous ces petits ganglions interrupteurs, tant à droite qu'à gauche, à cause des entre-croisements et des anastomoses que présentent les troncs lymphatiques venant de ces régions.

CONCLUSIONS

1° Il existe, dans le voisinage de la région inguinale, de petits ganglions qu'on appelait autrefois ganglions ectopiques ou aberrants, qui nous paraissent devoir être rangés aujourd'hui parmi les ganglions interrupteurs décrits par Stahr.

2° Ces schaltdrüsens, tout comme les ganglions principaux, peuvent être le siège d'adénites.

3° La plupart de ces adénites paraissent consécutives à des lésions des organes génitaux externes ; quelques-unes sont dues à la tuberculose et surtout à une tuberculose d'emblée.

4° En raison de leur siège, ces adénites présentent des difficultés de diagnostic, qui bien souvent ne pourront être tranchées qu'au microscope.

5° Dans le cas de cancer des organes génitaux externes, il sera important d'enlever tous ces petits ganglions interrupteurs, tant à droite qu'à gauche, à cause des entrecroisements et anastomoses lymphatiques.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Prise dans le service de M. le professeur Forgue et due à l'obligeance de M. le Docteur Massabuau.)

C. M..., âgée de 33 ans, entre le 1er octobre dans le service de M. le professeur Forgue.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Il y a 3 ans, cette malade a présenté une affection abdominale douloureuse pour laquelle elle est demeurée au lit environ 3 mois. Cette affection s'est accompagnée de vomissements au début et de diarrhée prolongée pendant presque toute la durée de la maladie. Elle a été traitée par des applications réitérées de glace sur le ventre.

Depuis cette époque, la malade présente de temps en temps des crises douloureuses abdominales pour lesquelles elle garde le lit parfois un ou deux jours, jamais davantage. Ces petites crises ne s'accompagnent jamais de vomissements et la constipation est très marquée pendant leur durée ; elles surviennent environ tous les mois

et coïncident assez exactement avec les périodes menstruelles.

Il y a exactement trois mois, la malade a été prise assez brusquement de douleurs vives survenant sous forme d'élancements qu'elle localise d'une façon précise au niveau de la région inguinale droite, point qui est le siège d'une hernie assez volumineuse et de date ancienne. Pendant un mois cette douleur a persisté, toujours localisée au même point et ne s'accompagnant d'aucune augmentation de volume anormal de l'abdomen.

Jamais de vomissements : constipation très marquée. Au bout d'un mois, alors que les douleurs diminuaient légèrement, la malade a vu apparaître au niveau de la région inguinale, immédiatement au-dessus du pédicule de la hernie, une petite tuméfaction limitée, du volume d'une noisette ; cette tuméfaction a été en augmentant progressivement.

La malade ne présente actuellement aucun trouble dyspeptique, elle ne tousse ni ne crache et n'a jamais eu d'hémoptysie.

A l'examen de la région inguinale droite, on constate une tuméfaction à limites assez diffuses, qui s'étend en hauteur depuis l'arcade crurale jusqu'à quatre travers de doigts environ au-dessus d'elle ; en largeur, depuis la ligne médiane jusqu'à trois travers de doigts de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Au niveau du point culminant de la tuméfaction, la peau est tendue, amincie, de couleur rouge violacé et prête à s'ulcérer.

A la palpation, la tuméfaction est chaude, douloureuse et donne la sensation d'un empâtement profond fixé aux plans sous-jacents. La zone centrale de la tumeur est manifestement ramollie et fluctuante.

On ne constate aucun ballonnement abdominal et l'abdomen n'est nullement douloureux dans les autres zones.

Les règles sont irrégulières, peu abondantes, douloureuses ; la malade n'a pas de pertes blanches. Par le toucher vaginal, on perçoit dans le cul-de-sac latéral droit la présence d'une tuméfaction de petit volume, mobile et absolument indolore.

Le diagnostic pré-opératoire est celui de pelvi-péritonite (bacillaire ?) avec cellulite pelvienne sous-péritonéale et lésions annexielles droites.

L'opération est pratiquée par M. le professeur Forgue, le 21 octobre 1907.

Incision latérale de la laparotomie sous-péritonéale passant en pleine tuméfaction. Aussitôt que la peau est ouverte, il s'écoule une petite quantité de pus jaunâtre au-dessous de laquelle existe une masse fongueuse et ramollie assez bien limitée et qu'on enlève à la curette par fragments. A sa partie inférieure existe une sorte de trajet fongueux, du calibre du petit doigt environ, qui se termine en cul-de-sac et ne communique pas avec la cavité abdominale.

L'aponévrose du grand oblique est incisée.

Au-dessous d'elle, le plan musculaire est extrêmement souple. Une boutonnière péritonéale permet de voir que la séreuse n'est pas épaissie et que l'intestin est normal. La cavité est soigneusement drainée.

Les suites opératoires ont été excellentes ; actuellement la suppuration est complètement tarie, la malade ne souffre plus et l'état général s'est considérablement amélioré.

L'examen anatomo-pathologique des fongosités a montré qu'il s'agissait nettement de *masses de tissu ganglionnaire* présentant des lésions tuberculeuses absolument nettes, en voie de ramollissement et de caséification.

La recherche des bacilles sur les coupes a été positive. Ceci montre donc que l'on avait affaire à une adénite tuberculeuse de siège anormal.

Il est probable que cette adénite n'était point primitive mais secondaire à une lésion tuberculeuse pelvienne. On ne saurait cependant l'affirmer absolument.

Nous reproduisons une série de 6 observations d'adénites sus et pré-inguinales recueillies dans le service de M. le professeur Lannelongue par Salva Mercadé, ancien interne des hôpitaux (Gazette des hôpitaux, 8 janvier 1907).

Observation I

Enfant P. L..., âgé de 11 ans.

Entre dans le service du professeur Lannelongue pour une petite tumeur siégeant dans la région inguinale gauche au-dessus de l'arcade de Fallope. Cette petite tumeur siège exactement au niveau de la paroi antérieure du canal inguinal, à un centimètre de l'orifice externe. Elle est très superficielle, rouge, douloureuse et chaude à la palpation. Elle atteint le volume d'une noix ; elle est rénitente.

Entre un doigt enfoncé dans l'orifice externe du canal inguinal et un autre appliqué sur la partie saillante, on encadre nettement la tumeur qui donne la sensation d'un testicule enflammé. Cependant le testicule est à sa place.

En interrogeant l'enfant nous apprenons que la tumeur a débuté il y a une quinzaine de jours. Elle était d'abord du volume d'un petit pois et a grossi petit à petit.

A l'examen on ne trouve aucune écorchure, ni plaie au niveau du pied, de la jambe ou de la cuisse.

Mais sur la face supérieure du prépuce il existe au

niveau de la zone cutanée une petite écorchure en voie de circulation.

L'enfant nous dit qu'il a eu cette écorchure un mois auparavant et que sa mère la lui avait soignée avec de la poudre d'amidon.

Nous opérons ce malade le 12 septembre 1902. L'incision de la peau nous conduit sur un ganglion suppuré et adhérent situé au-devant du canal inguinal. Il s'en écoule un pus verdâtre. Nous nous contentons de faire un léger grattage et le malade guérit en quelques jours.

Observation II

Enfant C. F., âgé de 11 ans 1/2, ayant eu la rougeole et la coqueluche à l'âge de 5 ans et un début de coxalgie il y a quatre ans traité par l'immobilité.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, l'enfant a constaté l'apparition, dans la région inguinale gauche, d'une tumeur qui petit à petit a augmenté de volume pour atteindre les dimensions actuelles.

Cette enfant présente actuellement au-devant du canal inguinal une tuméfaction rouge, molle, fluctuante, légèrement douloureuse, du volume d'une noix.

Nous ne trouvons ici encore aucune trace d'ulcérations au niveau du membre inférieur. Mais l'enfant se plaint de démangeaisons constantes au niveau de la vulve, et de fait nous constatons une vulvite légère, caractérisée par de la rougeur des lèvres.

L'abcès ganglionnaire situé directement sous la peau, au-dessus de l'arcade crurale, fut incisé, gratté et guérit rapidement.

Observation III

R. R..., âgé de neuf mois. Sa mère vient nous consulter pour une tuméfaction saillante siégeant dans la région inguinale gauche. Elle s'est aperçue il y a huit jours de l'apparition de cette petite grosseur, qui gênait l'extension de la cuisse sur le bassin. L'enfant se plaignait quand on essayait d'étendre la cuisse. On lui a mis de la teinture d'iode.

Actuellement, on constate la présence, au-devant du canal inguinal, au-dessus de l'arcade, d'une tumeur saillante, rouge, indurée, non fluctuante, de 1 à 5 cent. d'étendue.

En examinant l'enfant, on ne trouve aucune écorchure au niveau du membre, mais en revanche il existe un phimosis très serré.

Nous opérons en premier lieu le phimosis. Des adhérences intimes unissent le gland et le prépuce, et dans le sillon balano-préputial séjourne une grande quantité de smegma.

Puis par une incision sus-inguinale, parallèle à l'arcade crurale, nous ouvrons la tuméfaction ganglionnaire.

Elle est constituée par une coque épaisse de 2 à 3 millimètres, au centre de laquelle existe une cavité centrale contenant du pus. Guérison.

Observation IV

D. V., âgée de 5 ans.

On nous présente l'enfant parce que depuis un mois elle se plaint de sa jambe. La mère a constaté la pré-

sence, au niveau de l'aine, d'une petite grosseur qu'elle a traitée avec de l'onguent napolitain. Ne voyant aucune amélioration, elle nous l'amène à l'hôpital.

L'enfant, née de père et mère bien portants, n'a jamais été malade. Elle n'aurait eu que la coqueluche à l'âge de 1 ans. Il y a un mois, elle serait tombée, nous dit la mère, qui attribue l'apparition de la tumeur à cette chute.

A l'examen, nous constatons au niveau de la région inguinale droite la présence d'un ganglion rouge, enflammé, douloureux, situé au-devant du canal.

Pas de fluctuation franche.

Au membre inférieur, nous trouvons une petite écorchure rouge au niveau de la face antérieure du genou du côté gauche.

L'enfant présente une vulvite très intense : la mère nous dit qu'elle est obligée de la changer trois fois par jour.

Nous incisons le ganglion qui était suppuré, et curettons la coque ganglionnaire. Guérison.

Observation V

L. M.., cinq ans et demi. Père et mère bien portants. Lui-même n'a jamais été sérieusement malade.

Il s'est plaint, un mois avant ce jour, d'avoir reçu un coup dans le ventre. Dans la suite, on a constaté la présence, dans l'aine, d'une tumeur pour laquelle il vient nous consulter.

Nous trouvons en avant de la paroi antérieure du canal inguinal droit une tuméfaction dure, arrondie, ne paraissant pas adhérente, ce qui nous permet d'en faire facilement l'extirpation.

Ce ganglion était unique, non suppuré.

L'examen histologique de la pièce a révélé la nature tuberculeuse de l'adénopathie.

Observation VI

S. B..., 5 ans et 1/2. Entre le 29 septembre 1902. L'enfant serait tombée les jambes écartées, il y a trois semaines. Elle a commencé à se plaindre ces jours derniers d'une douleur à l'aine gauche pour laquelle on nous l'amène à l'hôpital.

Comme chez le garçon de l'observation précédente, nous ne constatons aucune lésion génitale ou anale ; elle présente une petite plaie au niveau du genou gauche, mais qui date de 2 ans.

Dans la région inguinale gauche, nous constatons la présence de la petite tumeur qui est grosse comme une petite noisette, située juste au-devant de l'orifice du canal inguinal.

Etant donné le peu d'étendue des lésions, nous conseillons à la mère le repos et l'expectation.

Observation VIII

Ganglion du pénis. — Rapport de Bazy

Ganglion situé sur la face latérale droite de la verge, vers la racine, à un centimètre et demi au moins de ce dernier point. Ce ganglion accompagne un épithélioma du gland, est sous-cutané, du volume d'un petit pois.

L'examen microscopique a révélé qu'il s'agissait bien

d'un ganglion lymphatique et non d'une petite masse due à la confluence de troncs lymphatiques formant là un réseau.

Observation IX

(François Dainville, interne des hôpitaux)

Ganglion pré-pubien et en arrière du cordon spermatique.

C. M..., 17 ans, entre le 20 janvier 1901 dans le service de M. Guinard, pour des douleurs dans la région spermatique gauche qu'il attribue à un traumatisme.

A l'examen on constate à gauche derrière le cordon une masse dure, du volume d'une petite noix, siégeant au-devant du pubis, au-dessus du point d'insertion des piliers du canal inguinal.

Etat général assez satisfaisant, amaigrissement depuis quelques mois. A contracté, il y a dix ans, les fièvres intermittentes. Poumons congestionnés ; est sujet aux rhumes.

Rien de particulier aux autres organes.

Dans l'aine, des deux côtés, grosses masses ganglionnaires. Dans les aisselles, hypertrophie ganglionnaire.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de la poitrine. Père rhumatisant.

Opération. — On extirpe cette masse et on reconnaît avoir affaire à un ganglion lymphatique dont le centre est ramolli et suppuré.

Guérison rapide avec disparition de la douleur et de la gêne dans la région du cordon.

Examen de la pièce. — Les coupes histologiques mon-

trent nettement la structure d'un ganglion lymphatique. On y remarque des cellules géantes caractéristiques.

La coloration des coupes par le procédé de Ziehl permet de reconnaître la présence de bacilles de Koch. D'autre part, l'inoculation au cobaye d'une parcelle du ganglion a permis de conclure à sa nature tuberculeuse.

BIBLIOGRAPHIE

Estevenet. — Anatomie de l'aine (Th. de Paris, 1842).
Auspetz. — Arch. f. Dermat. u. Syph., 1879.
Paulet. — Résumé d'anatomie appliquée, 1884.
Sarrazin. — Dict. de méd. et de chir. prat. de Jaccoud, t. XIX.
Lejars. — Leçons de chirurgie.
Blaise. — Th. de Paris, 1894.
Poirier.—Traité d'anatomie.
Morestin. — Bull. de la Soc. anat., 1899-1901-1903.
Marcille. — Th. de Paris, 1902.
Bazy. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1902.
Sobotta (J.) et Desjardins.— Atlas d'anat. descriptive.
Mac Clellan (George). — Anat. des régions.
Dainville (François). — Bull. de la Soc. anat., février 1904.
Mercadé (Salva). — Gazette des hôpitaux, janvier 1907.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 novembre 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 novembre 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!